

## 针刀结合温针灸治疗颈性眩晕 60 例临床疗效分析\*

李玉霞<sup>1</sup>, 李 飞<sup>2△</sup>

(1. 安徽中医药大学, 安徽合肥 230038; 2. 安徽中医药大学第二附属医院, 安徽 合肥 230061)

**摘要:** **目的** 观察针刀结合温针灸治疗颈性眩晕的临床疗效。**方法** 将 60 例患者, 随机分为观察组和对照组。观察组 30 例采用针刀结合温针灸治疗颈性眩晕, 对照组 30 例则采用天麻素注射液及盐酸倍他司汀氯化钠注射液治疗, 治疗 3 周后比较两组患者临床症状与功能积分及临床疗效, 并在疗程结束后 2 个月对患者进行随访评定远期疗效。**结果** 观察组总有效率为 96.7%, 明显优于对照组 76.7% ( $P<0.05$ ); 与治疗前比较, 两组治疗后及疗程结束 2 个月后患者症状与功能评分均有明显提高 ( $P<0.05$  或  $P<0.01$ ); 与对照组相比, 观察组治疗后及疗程结束 2 个月后患者评分显著高于对照组 ( $P<0.01$ )。**结论** 针刀结合温针灸可明显改善颈性眩晕患者的临床症状, 其疗效优于使用。

**关键词:** 颈性眩晕; 针刀; 温针灸; 疗效

**中图分类号:** R246.2 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-2723(2016)05-0043-04

**DOI:** 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2016.05.011

颈性眩晕, 又称 Barre-Lieou 综合征, 最早于 1955 年由 Ryan 和 Cope 提出。颈性眩晕<sup>[1]</sup>主要是由颈椎退行性病变或椎-基底动脉供血不足所致的以眩晕、头痛、甚至猝倒为主的临床综合征。其主要特点是眩晕的发生于颈部位置变动有关, 当颈部前后屈伸及左右转动时多突发眩晕, 但持续时间较短, 并且随着颈椎位置的还原而缓解。临床上多采用药物及手术治疗, 减轻椎动脉的卡压, 增加脑灌注。但是许多或者存在病情反复, 缠绵难愈, 增大脑血管疾病的风险。笔者应用针刀与温针灸相结合治疗颈性眩晕, 在临床上取得满意疗效, 现报告如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

将符合纳入标准的 60 例患者按照随机数字表法分为观察组和对照组, 观察组与对照组各 30 例, 两组患者一般情况见表 1。两组患者在年龄、病程、治疗前积分等一般资料上经过统计学分析, 均  $P>0.05$ , 具有可比性。观察组采用针刀结合温针灸治疗颈性眩晕, 对照组则采用天麻素注射液及盐酸倍他司汀氯化钠注射液治疗。

表 1 两组颈性眩晕患者一般情况比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | n  | 性别 |    | 年龄          | 病程/年      | 颈性眩晕症状与功能评分 |
|-----|----|----|----|-------------|-----------|-------------|
|     |    | 男  | 女  |             |           |             |
| 观察组 | 30 | 12 | 18 | 47.03±17.07 | 2.48±1.03 | 13.57±3.75  |
| 对照组 | 30 | 13 | 17 | 46.83±16.90 | 2.56±0.92 | 13.43±3.84  |

#### 1.2 诊断标准

根据《中医病证诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>以及第二届颈椎病专题座谈会制定的标准<sup>[3]</sup>。拟定颈性眩晕症的诊断标准: ①符合颈性眩晕临床表现; ②符合 CT、X 线片等影像学检查以及 TCD 检查显示椎-基底动脉供血不足, 脑血流速度改变; ③排除其他以眩晕为主要症状的疾病。符合以上 3 个条件诊断为颈性眩晕。

#### 1.3 纳入标准

符合颈性眩晕诊断标准者, 年龄在 25~81 岁 (含 25 和 81 岁); 符合影像学及 TCD 检查标准, 并且在接受治疗前未接受其他治疗方案者, 自愿加入本试验, 并签署知情同意书者。

#### 1.4 排除标准

年龄小于 25 岁或大于 81 岁者; 不符合颈性眩

\* 基金项目: 2016 年安徽省高校自然科学研究重点项目(KL2016A395); 2014 年安徽中医药大学临床科研项目(20141C01019)

收稿日期: 2016-08-10

作者简介: 李玉霞(1989-), 女, 山东日照人, 在读硕士研究生, 研究方向: 针灸治疗脑病以及膝痹临床研究。

△通信作者: 李飞, E-mail: leagcen@21cn.com

晕标准;合并有严重心脑血管、肝肾疾病者;妊娠期或哺乳期妇女;在治疗前接受其它治疗方法者。

## 2 治疗方法

### 2.1 观察组

#### 2.1.1 颈部软组织针刀松解术

患者取俯卧低头位,依据患者临床症状、体征,结合 CT、X 线片等影像学检查以及 TCD 检查显示椎-基底动脉供血不足,脑血流速度改变部位,选取施术部位;并结合局部压痛点、硬结、条索状物等阳性反应点并定位。应根据临床病人病情特点及病人耐受程度,一次选取 4~6 施术部位。常规无菌操作后铺巾,碘伏消毒后,将曲安奈德(生产厂商:浙江仙琚制药有限公司,生产批号:国药准字 H33020762,50mg/5mL)、利多卡因(生产厂家:天津市华宇药业有限公司,规格:5mL/支,生产批号:20111229)以及维生素 B<sub>12</sub> 注射液(生产厂家:茂名市力奇制药有限公司;生产批号:国药准字:H44023454)按照 1:4:2 比例配成混悬液作局部浸润麻醉,每点注射 0.3~0.5mL,局部麻醉后选用 I 型 4 号汉章针刀沿肌纤维平行方向加压刺入,避开神经和血管,垂直快速刺入,进入病灶部位或骨面时,行切开、松解、铲磨术,施术时时刻询问病人针刀感,若为酸胀感,则为正常针刀感;若出现剧烈疼痛或双手放射性麻木感,为针刀碰到血管或神经,应该立即转变针刀刺入方向,严重者立即停止治疗。若有硬结、条索,可依据病灶大小每个施术部位切割 3~5 刀,感到针刀下有松动感即出针,按压止血后针眼敷以无菌辅料保护创口,嘱患者平卧休息 30 分钟,无异常即可结束治疗。每周 2 次,3 周为 1 疗程。针刀后 48h 后行温针灸治疗。

#### 2.1.2 温针灸治疗

患者取俯卧位,胸部及额部垫枕,双手自然置于头部两侧,充分暴露颈部,取风府、双侧风池、双侧完骨及颈夹脊穴等穴施行温针灸。采用 0.45mm×75mm 毫针(苏州医疗用品,批号:苏食药监械准字 2004 第 2270202 号)。颈夹脊穴直刺 0.3~0.5 寸,风池穴及风府穴针刺时针尖微下,向鼻尖方向斜刺 0.8~1.0 寸,完骨穴斜刺 0.5~0.8 寸,不做提插捻转。在针柄上插一段长约 2cm 艾条(同仁堂,批号:国药准字 Z32020055),点燃温灸,约 15~20min 燃尽,除去灰烬,再灸 1 壮,共 2 壮。1 次/d,除去每周 2 次的针刀,每周行 4 次温针灸,3 周为 1 疗程。治疗结束

后 2 月后随访。

### 2.2 对照组<sup>[4]</sup>

采用天麻素注射液(江西国药有限责任公司,国药准字 H20067058)0.6g+0.9%氯化钠 250mL,静滴,1 次/d;盐酸倍他司汀氯化钠注射液(黑龙江中桂制药有限公司,国药准字 H23023509)500mL,静滴,1 次/d,3 周为 1 疗程,2 月后随访。

## 3 疗效判定

### 3.1 临床疗效判定标准

痊愈:眩晕症状消失,疗效指数>95%;显效:眩晕发生频率明显降低,疗效指数>70%,且≤95%;有效:眩晕症状有所改善,其他症状有效缓解,疗效指数>30%且≤70%;无效:眩晕症状未改善甚至出现加重,疗效指数≤30%(疗效指数=[(治疗前积分-治疗后积分)/(30-治疗前积分)]×100%)

### 3.2 疗效评定标准<sup>[5]</sup>

按照《颈性眩晕症状与功能评分法》对患者治疗前后及治疗 2 月后的症状,从 5 个方面进行评定:眩晕评分为 16 分,日常生活以及工作、颈肩痛及心理及社会适应各 4 分,头痛分数为 2 分,满分共 30 分,得分越高病情越轻。

## 4 统计分析

采用 SPSS17.0 软件进行统计分析处理,计量资料均采用均数+标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示;计数资料用率表示;组间及组内疗效比较用  $t$  检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验; $P<0.05$  为差异统计学意义, $P<0.01$  为差异有显著性统计学意义。

## 5 结果

### 5.1 两组颈性眩晕患者临床疗效比较

治疗后两组临床疗效比较,观察组总有效率为 96.7%,对照组总有效率为 76.7%,两组比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组颈性眩晕患者临床疗效比较 n(%)

| 组别  | n  | 临床治愈    | 显效       | 有效      | 无效      | 总有效率/% |
|-----|----|---------|----------|---------|---------|--------|
| 观察组 | 30 | 6(20.0) | 20(66.7) | 3(10.0) | 1(3.3)  | 96.7   |
| 对照组 | 30 | 1(3.3)  | 13(43.3) | 9(30.0) | 7(23.3) | 76.7   |

注:与对照组比较, $P<0.05$

### 5.2 颈性眩晕患者症状与功能评分比较

与治疗前比较,各组治疗后及疗程结束 2 个月两组患者症状与功能评分均有明显提高( $P<0.05$ 或  $P<0.01$ );与对照组相比,观察组治疗后及疗程

结束2个月后患者评分显著高于对照组( $P<0.01$ )。见表3。

表3 颈性眩晕患者症状与功能评分比较( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别  | n  | 治疗前评分      | 治疗后评分                   | 疗程结束后2个月                |
|-----|----|------------|-------------------------|-------------------------|
| 观察组 | 30 | 13.57±3.75 | 25.23±2.45 <sup>a</sup> | 20.13±2.76 <sup>a</sup> |
| 对照组 | 30 | 13.43±3.84 | 20.07±2.74 <sup>a</sup> | 14.25±3.14 <sup>#</sup> |

注:与治疗前比较,<sup>a</sup> $P<0.01$ ,<sup>#</sup> $P<0.05$ ;与对照组比较,<sup>b</sup> $P<0.01$

## 6 讨论

中医学上可将颈性眩晕归于“眩晕”范畴,在《内经》中认为眩晕属肝所主,与髓海不足、血虚、邪中等多种因素有关。如《素问·至真大论》云:“诸风掉眩,皆属于肝”。《灵枢·大惑论》中说:“故邪中于项,因逢其身之虚……入于脑则脑转,脑转则引目系急,目系急则目眩以转矣”;汉代张仲景认为,痰饮是致病因素之一,而《丹溪心法·头眩》强调“无痰不作眩”,张景岳则认为“无虚不能作眩”。目前颈性眩晕的发病机制并没有完全明确。笔者将其归纳如下:由于颈椎退行性病变,引起颈椎骨质增生、椎体小关节增生以及患者处于在长期伏案低头工作下导致肌肉韧带的劳损<sup>[6-7]</sup>,致使椎动脉受到卡压,引起椎动脉供血不足,从而出现头晕,甚至出现恶心欲吐症状<sup>[8-9]</sup>;另外,椎动脉交感神经丛、交感神经干及灰交通支受刺激引起椎动脉反射性收缩,以致血管痉挛,血流减少而诱发眩晕<sup>[10]</sup>。

针刀与温针灸相结合治疗颈性眩晕,可以发挥各自的优势,取得较好的临床疗效。温针灸具有温热作用,能够使椎动脉舒张血流速度加快,增加椎基底动脉供血,促进非炎症吸收,缓解肌肉以及关节韧带的紧张,从而改善眩晕症状<sup>[11]</sup>。有学者<sup>[12]</sup>探讨温针灸治疗颈性眩晕,得出温针灸的疗效优于西药的结论。《通玄指要赋》云:“头晕目眩,要觅于风池”。风池为足少阳、阳维脉交会穴,具有疏风清热,清头开窍,明目益聪的作用,为祛风之要穴;风府为风邪之处,能够清热散风开窍以止眩;完骨为足少阳、足太阳经交会穴,具有祛风清热,止痛明目之功效。足太阳膀胱经“从巅顶入络脑”,督脉经“上额交巅上,入络脑”。夹脊穴为经外奇穴,位于督脉及足太阳膀胱经之间。针刺颈夹穴不仅能够影响脊神经后支及前支,还可以提高椎动脉血流速度,以及降低血流阻力指数,从而有效缓解头晕症状<sup>[13]</sup>。大量研究<sup>[14-15]</sup>证实治疗颈性眩晕,选取风池、风府、颈夹脊

及完骨,临床疗效显著。针刀具有松解粘连,缓解颈部肌肉紧张,减轻肌肉、软组织对颈部血管的卡压,有利于恢复颈部力学平衡,从而改善大脑血流量,缓解眩晕症状。有研究<sup>[16]</sup>探讨针刀治疗椎动脉型颈椎病眩晕的临床观察,发现针刀组治疗总有效率95%,明显由于传统针刺组,并且治疗效果明显优于单纯西药治疗<sup>[17]</sup>。

笔者在临床应用中发现针刀与温针灸治疗颈性眩晕尚存在不足:

(1)温针灸方面。①灸量,灸时间的长短不同,都会影响疗效;②颈部施灸,患者需长时间保持固定姿势,常出现局部肌肉紧张,不仅易导致滞针,而且易烫伤;③颈部血管丰富,操作时务必谨慎,起针后应用消毒干棉球按压3~5min,防止因刺破血管导致大量出血。

(2)针刀方面<sup>[18]</sup>。①针刀作为有创操作,对施术者有较高要求,要能够熟练掌握人体解剖,并且手法熟练,从而降低风险;②无菌操作需规范,以防感染;③短期疗效明显,长期会出现病情反复。

总之,针刀结合温针灸具有见效快、疗效好的特点,可明显改善颈性眩晕患者的临床症状,其疗效优于单纯使用西药,且具有较好的远期疗效,值得临床推广使用。

## 参考文献:

- [1] 薛爽,王国相.什么是颈性眩晕[J].中国脊柱脊髓杂志,1999,9(5):297-300.
- [2] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:186-189.
- [3] 孙宇,陈琪福.第二届颈椎病专题座谈会纪要[J].中华外科杂志,1993,31(8):472
- [4] 吴艳霞,杨胜辉.天麻素联合倍他司汀治疗眩晕症临床研究[J].亚太传统医药,2016,12(10):134-135.
- [5] 王怀楚.颈性眩晕症状与功能评分法[J].中国康复医学杂志,1998,13(6):245-247.
- [6] 周和平,徐素珍,周涛.颈肩肌肉病损致眩晕的经颅多普勒表现[J].中国医师杂志,2003,5(4):529-530.
- [7] 钟志年,王庆甫,劳积毅,等.小针刀联合星状神经节阻滞术治疗颈性眩晕的临床疗效观察[J].云南中医学院学报,2014,37(2):44-46.
- [8] 廖瑜,江卫,周军.椎基底动脉供血不足性眩晕与血管结构异常(英文)[J].中国临床康复,2006,10(36):178-180,194.
- [9] 孟秀峰,华扬,凌晨,等.超声检测分析椎动脉走行变异与眩晕发作的关系[J].中国脑血管病杂志,2007,4(10):

- 458-462.
- [10] 刘巍, 成红兵. 成人椎动脉第二段的临床应用解剖学研究[J]. 交通医学, 2002, 16(3): 245-246.
- [11] 吴欣, 宋兆杰, 潘长青. 彩超评估温针颈性眩晕患者椎动脉血流动力学影响 [J]. 中国中医急症, 2009, 18(12): 1948-1949.
- [12] 付梅. 温针灸治疗颈性眩晕 45 例疗效观察 [J]. 河北中医, 2009, 31(2): 259-260.
- [13] 孙月华. 针刺颈椎夹脊穴对椎动脉血流动力学的影响 [J]. 江西中医药, 2007, 38(1): 62.
- [14] 张磊. 针刺治疗颈性眩晕 30 例疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2010, 10(6): 21-22.
- [15] 李昕. 针刺治疗颈性眩晕 65 例临床效果分析[J]. 中外医疗, 2015, 35: 159-160.
- [16] 林海瑞. 小针刀治疗椎动脉型颈椎病眩晕的临床观察 [J]. 针灸临床杂志, 2012, 28(8): 33-35.
- [17] 江淑红, 祝明浩, 韩杰, 等. 针刀闭合性松解术联合手法治疗颈性眩晕的临床疗效及对椎-基底动脉血流速度的影响[J]. 针灸临床杂志, 2015, 31(3): 8-11.
- [18] 黄武文, 王伟鸿. 浅析针刀的特点及应用[J]. 社区医学杂志, 2008, 6(20): 53.

(编辑: 徐建平)

### Observation on the Effect of Needle Knife Combined with Warming Needle Moxibustion in Treatment of Cervical Vertigo

LI Yuxia<sup>1</sup>, LI Fei<sup>2</sup>

(1. Anhui University of Traditional Chinese Medicine, Hefei 230038, China;

2. The Second Affiliated Hospital of Anhui TCM University, Hefei 230061, China)

**ABSTRACT:** **Objective** To compare the difference of needle knife combined with warming needle moxibustion and western medicine in treating cervical vertigo. **Methods** Totally 60 cases of patients were randomly divided into observation group (30) received needle knife combined with warming needle moxibustion and control group (30) to be given gastrodin and Betahistine Hydrochloride Sodium Chloride Injection in treating cervical vertigo. To observe the patients' clinical symptoms, function score, clinical therapeutic effect 3 weeks after treatment in the two groups, and to evaluate the long-term effect of the patients with 2 months after the end of the treatment. **Results** The total effective rate of the observation group was 96.7%, which was significantly better than that of the control group's 76.7% ( $P < 0.05$ ), the two groups' symptoms and scores were both improved after treatment and two months after the end of treatment ( $P < 0.05$  or  $P < 0.01$ ). In contrast to the control group, the scores of the observation group were significantly higher than those of the control group after treatment and two months after the end of treatment ( $P < 0.01$ ). **Conclusion** Symptoms and functions of patients with cervical vertigo can significantly improve the clinical symptoms of patients with cervical vertigo, the curative effect is better than pure western medicine and has successful long term effects.

**KEY WORDS:** cervical vertigo; needle knife; warming needle moxibustion; curative effect

(原文见第 40 页)

### PGLA Line Body Buried Line Treatment of Diabetic Peripheral Neuropathy Clinical Aging Research

ZHOU Xin<sup>1</sup>, GE Hui<sup>1</sup>, XING Bingfeng<sup>2</sup>

(1. The First Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 510080, China;

2. The First Affiliated Hospital of Clinical Medicine of GDPU, Guangzhou 510080, China)

**ABSTRACT:** **Objective** To study the PGLA line catgut embedding therapy and traditional acupuncture therapy in the treatment of diabetic peripheral neuropathy of the recent and forward curative effects of difference. **Methods** 60 cases of patients with diabetic peripheral neuropathy were randomly divided into treatment group and control group, treatment group (30 cases) adopt PGLA line catgut embedding therapy, control group (30 cases) adopt the traditional acupuncture therapy. The 2 groups were assessed by the "Michigan Diabetes Peripheral Neuropathy Score (MDNS)" and the nerve sensory conduction velocity (SCV) and motor conduction velocity (MCV). **Results** there were significant differences in the clinical scores of diabetic peripheral neuropathy ( $P < 0.05$ ) between the two groups. **Conclusion** PGLA line embedding in the improvement of clinical symptoms and forward curative effects is superior to the traditional acupuncture therapy.

**KEY WORDS:** PGLA line body embedded wire; traditional acupuncture method; diabetic peripheral neuropathy